



7FA.

ADMISSION: 16/07/2024 23:33		INICIO DE ATENCION: 17/07/2024 00:04		MEDIO LLEGADA: PROPIOS MEDIOS	
NOMBRE: AYLIN CARLA ARAVENA FUENTES		RUT:	23721600 - 8	TELEFONO:	2555050 (FIJO)
DIRECCION: EL OLIVILLO 105		PUEBLO ORIGINARIO:	NINGUNO	PROCEDENCIA (URBANO / RURAL):	
COMUNA: VILCUN		DECLARADO:		PREVISION:	EJERCITO (CAPREDENA)
EDAD: 14 años 6 meses 15 días (01/01/2010)		SEXO (GÉNERO):	MUJER (FEMENINO)		

SIGNOS VITALES

Hora :	16/07/2024 23:41	
Temperatura Axilar:	36.5 [°C]	
Temperatura Rectal:		
Presión Sistólica:		
Presión Diastólica:		
Frecuencia Cardíaca:	116 [x]	
Frecuencia Respiratoria:		
Saturometría:	98 [%]	
Latidos Cardíaco - Fetales:		
Hemoglucotest:		
Estado de Conciencia (AVDI):	ALERTA	A - V - D - I
Dolor, EVA:		
Distresado:	NO	SI - NO

Motivo de Consulta

PADRE REF TOS, DIF RESPIRATORIA

Observaciones Categorización

PADRE REF TOS, DIF RESPIRATORIA

Funcionario Que Atiende

<input checked="" type="checkbox"/> Médico	Tipo de Consulta : INFANTIL
<input type="checkbox"/> Odontólogo	Atención Manifestación Social: NO
<input type="checkbox"/> Matrón(a)	Tipo de Paciente: NO APLICA
<input type="checkbox"/> Enfermero(a)	
<input type="checkbox"/> Técnico Paramédico	Origen de la Procedencia
<input type="checkbox"/> Kinesiólogo	DOMICILIO
	Otros Datos
	* NINGUNO

EN CASO DE TRAUMA, COMPLETE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

Naturaleza del Hecho <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Accidente de tránsito<input type="checkbox"/> Accidente laboral<input type="checkbox"/> Accidente escolar<input type="checkbox"/> Accidente doméstico<input type="checkbox"/> Accidente en la vía pública<input type="checkbox"/> Agresión<input type="checkbox"/> Riña<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar<input type="checkbox"/> Mordedura de perro<input type="checkbox"/> Agresión sexual<input type="checkbox"/> Otro<input type="checkbox"/> Accidente Incendio<input type="checkbox"/> Accidente Terremoto<input type="checkbox"/> Accidente Erupción<input type="checkbox"/> Accidente Tsunami	Elemento Causante <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Contundente<input type="checkbox"/> Cortante<input type="checkbox"/> Punzante<input type="checkbox"/> Corto-punzante<input type="checkbox"/> Arma de Fuego<input type="checkbox"/> Explosión<input type="checkbox"/> Calor<input type="checkbox"/> Frío<input type="checkbox"/> Otro	Fecha Aproximada del Hecho <table><tr><th>DÍA</th><th>MES</th><th>AÑO</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	DÍA	MES	AÑO				Hora aproximada del hecho <table><tr><td>:</td></tr></table>	:
DÍA	MES	AÑO								
:										

Pronóstico Médico Legal o Incapacidad Laboral

- ☐ Paciente sin lesiones
- ☐ Leve (0 - 14 días)
- ☐ Mediana Gravedad (15 - 29 días)
- ☐ Grave (30 días o más)
- ☐ Se requieren exámenes complementarios

Diagnóstico (DAU N° 14620980)

3069 : VIROSIS RESPIRATORIA ALTA

Resultado aplicación protocolo selector de demanda

C5

Condición del paciente al cierre de atención

<input checked="" type="checkbox"/> Vivo
<input type="checkbox"/> Fallecido

Destino Inmediato del Paciente

Alta domicilio
Sin control
Destino:
Fecha de Indicación
Hospitalización:
Sin Información.

Categorización Cierre Atención

C5

Anamnesis e historia clínica

AM NO
QX NO
AL NO

CUADRO DE 2 DIAS DE TOS SECA DISNEA, CONGESTION NASAL Y ODINOFAGIA. SIN FIEBRE, SIN VOMITOS NI DIARREA

EX FISICO: VOR, BIEN HIDRATADO Y PERFUNDIDO, LLENE CAPILAR MENOR A 2 SEG SAT 98%
FARINGE ERITEMATOSA AMIGDALAS HIPERTROFICAS SIN EXUDADO
CARDIO: RR2T NAS
PULMONAR: MP (+) SIMETRICO SRA

Procedimientos e indicaciones en box

Indicaciones al alta

REPOSO RELATIVO EN CASA POR 3 DIAS
REGIMEN COMUN, ABUNDANTE LIQUIDO
PARACETAMOL 500 MG 2 CM CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS
IBUPROFENO 400 MG 1 CM CADA 8 HORAS VIA ORAL POR 3 DIAS
LORATADINA 1 CM CADA 24 HORAS POR 4 DIAS
CONSULTAR EN URGENCIAS SI SINTOMAS DE ALARMA, SE EDUCA A PACIENTE Y PADRE

Nombre y Firma del Funcionario que Atiende (DAU N° 14620980)

VERÓNICA JAVIERA PULGAR BRAVO
MEDICO APS
20071819-4